

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

39

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Rolland, Camille, Jean DUPRE

Interne de la Région Sanitaire de Rouen

Né le 3 Février 1935, à ANGERS (M.-&-L.)

Présentée et soutenue publiquement le

LES METASTASES PULMONAIRES
DES CYLINDROMES
CONSIDERATIONS A PROPOS
D'UNE OBSERVATION DE CYLINDROME
DU VOILE DU PALAIS

Président : Monsieur BERNARD (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI°

1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1962

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Rolland, Camille, Jean DUPRE
Né le 3 février 1935 à Angers (M & L)

Interne de la Région Sanitaire de Rouen

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

LES METASTASES PULMONAIRES DES CYLINDROMES

CONSIDERATIONS

A PROPOS D'UNE OBSERVATION DE CYLINDROME

DU VOILE DU PALAIS

--:-

Président : Monsieur BERNARD (Professeur)

--:-

DACTYLO SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1962



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BUL-
LIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C),
DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P),
LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M),
MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H),
MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAIL-
LIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHEL (C),
SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
	(Beaujon SICARD (A)
	(Cochin QUENU (J)
Cliniques chirur- gicales	(Hôtel-Dieu PATEL
	(Saint-Antoine GOSSET (J)
	(Salpêtrière MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovascu- laire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin	BROUET
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nu- trition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal	VARANGOT
obstétricales (Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités	DEPARIS
(ch. à t.pers.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ
Pathologie et thép.générales	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	PARROT
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	LEGER
Thérapeutique	CONTE

**II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

	MM.
Anatomie	(CABROL (C) COUINAUD (C) OLIVIER. (G) GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr.s.ch. BUSSE (F) GOUYGOU (Ch) ORCEL (L) PAILLAS (J) VOURC'H (G) NEVOT (A) pr.s.ch. BARBIER (P) CHRISTOL (D) TOURNIER (P) DESGREZ (P) pr.s.ch. POLONOVSKI (J) m.conf SCHAPIRA (G) pr.t.p. DENOIX (P) MATHE (G) DUPERRAT (B) LEDoux-LEBARD (G) TUCHMAN-DUPLESSIS (H)
Anatomie pathologique	
Anesthésiologie	
Bactériologie	
Biochimie médicale	
Carcinologie	
Dermato-syphiligraphie	
Electro-radiologie	
Embryologie	

MM.

Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	BOYER (J) pr.s.ch. CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	BASTIN (R) DUPONT (V) DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neurologie	LHERMITTE (F) GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G)
Obstétrique	MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P) SARAUX (H)
Orthopédie	DUDET (R) RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	BRUMPT (L.C) pr.s.ch. CHABAUD (A) BARCAT (J) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J) CHATELIN (C.L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GERMAIN (A) LOYGUE (J) .. MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie chirurgicale	SCHNEIDER (J)
Pathologie exotique	

	MM.
Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
Pathologie expérimentale	(PLAS (F)
	(RICHT (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
	(CATINAT (J)
Pathologie médicale	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H)m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie	(DEJOURS (P)
Physique médicale	(GOUGEROT (L)m.conf.
Pneumo-phthisiologie	(KREIS (B)
Psychiatrie	(FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D)
Rhumatologie	(DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
Urologie	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)		(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	Clinique	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)	obstétricale	(RAVINA (J)
	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (
	(PADOVANI (P)	ophtalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique	
Clinique médicale	(ROUX (M)	oto-rhino-	(MADURO (R)
	(VERNE (J.M.)	laryng.	
	(HAGUENEAU (J)	Clinique	
	pr.s.ch.	pédiatrique	(LAPLANE (R)
	(DOMART (A)	et puéricul-	
	(PERRAULT (M)	ture	
	(RAMBERT (P)	Clinique	(BARUK (H)
	(THIEFFRY (S)	psychiatrique	
		Clinique	(KUSS (R)
		urologique	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr.à t.pers
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H)
	Melle CHAINTREUIL (G)
	Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Grands-Parents

A mes Parents

A ma Femme.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Etienne BERNARD,

Professeur de Clinique de pneumo-
phtisiologie à la Faculté de
Médecine de Paris,

Membre de l'Académie Nationale de
Médecine,

Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur COUESPEL

Médecin du Centre Hospitalier
d'Evreux,
Membre des Sociétés Françaises de
Cardiologie, de Tuberculose et
de Pathologie Respiratoire,

Qui m'a donné le sujet et
la matière de cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expression
de ma reconnaissance.

LES METASTASES PULMONAIRES DES CYLINDROMES

Considérations

à propos d'une observation de cylindrome
du voile du palais

-:-

A propos d'une observation d'un cylindre métastatique du voile du palais ayant posé le diagnostic d'une image pulmonaire en lacher de ballon, nous nous proposons d'étudier les aspects cliniques des métastases pulmonaires de ces tumeurs.

Nous avons recueilli dans la littérature médicale 24 observations de cylindromes de siège variable ayant présenté cette évolution particulière et qui font l'objet de notre travail.

Après un bref rappel historique, histologique et clinique des cylindromes et plus particulièrement des cylindromes du voile du palais, nous nous intéresserons plus longuement au problème des métastases pulmonaires.

L'OBSERVATION

-:-

Monsieur C... consulte pour la première fois en 1952. Il est âgé de cinquante cinq ans. Il présente de la toux et une expectoration intermittente. Des clichés radiologiques sont effectués. Ils montrent deux opacités ovalaires de 3 cm sur 4 cm siégeant dans la région sous claviculaire droite et une autre opacité arrondie de 3 cm de diamètre située en dehors de l'arc inférieur gauche du coeur.

Le malade est revu en novembre 1953. Les clichés tirés à cette époque montrent une augmentation de volume des opacités précédemment constatées, de plus elles ont un pourtour plus polycyclique qu'auparavant surtout l'opacité de la base gauche.

Se projetant au niveau des opacités de la région sous claviculaire droite, on aperçoit deux petits éclats métalliques de 1 mm de diamètre. Or le malade, ancien blessé de la Guerre I4 - I8 a reçu de nombreux éclats ; on en retrouve, en particulier, au niveau de l'épaule gauche.

Le médecin traitant fait alors un rapprochement entre les éclats et les opacités pulmonaires et le malade demande une révision de sa pension.

Le 15-7-55, le malade est expertisé. Sur les

radiographies standards, on trouve une légère augmentation de volume des opacités. Elles ont un contour polycyclique net et la diagnostic de cancer secondaire du poumon paraît très vraisemblable.

Le toucher rectal ayant montré une prostate grosse et légèrement indurée, on pense à un cancer primitif de cet organe avec métastases secondaires. Le diagnostic de cancer secondaire du poumon est également confirmé dans un service parisien. Par contre, le Docteur WOLFROMM est consulté et il considère qu'il s'agit d'un adénome de la prostate et non d'une tumeur maligne. Le blessé demande alors une nouvelle expertise. Celle-ci est faite en avril 1960. Les experts se prononcent incompetents sans examens complémentaires. Le malade est alors hospitalisé.

A son entrée :

- bon état général,
- apyrexie,
- aucun signe fonctionnel, si ce n'est une légère dyspnée d'effort,
- le malade tousse peu.

A l'examen :

- corps thyroïde normal,
- aires ganglionnaires normales,
- les testicules sont normaux,
- au toucher rectal, petit adénome prostatique.

De nouvelles radiographies montrent une très

nette extension des images pulmonaires.

A droite

Sur les clichés simples, on note une plage d'opacité dense s'étendant du bord inférieur de l'arc antérieur de la première côte au bord inférieur de l'arc antérieur de la quatrième côte. Sur une radiographie plus pénétrée, on y aperçoit deux noyaux plus denses dont l'un plus volumineux au niveau de la région hilare ; en outre, on trouve une opacité de 3 cm de diamètre dont le bord inférieur n'est pas tout à fait régulier, au niveau de l'angle cardio-diaphragmatique droit.

Sur les tomographies de profil, il existe une opacité dense de 6 cm de large et 7 cm de haut se projetant en avant du hile et dont la limite inférieure est très nette et semble correspondre à la petite scissure et une autre opacité du segment dorsal du lobe supérieur droit dont la limite postérieure et inférieure paraît correspondre à la grande scissure. En outre, sur la partie externe du diaphragme se projettent quatre opacités de 5 à 15 mm de diamètre.

A gauche

Une masse arrondie de dix cm de diamètre au niveau de la base dont les contours sont irréguliers.

Les tomographies de profil montrent qu'en fait, il existe trois plages d'opacité, l'une postérieure de dix cm de diamètre et deux autres antérieures, l'une de trois cm sur cinq cm et l'autre de six cm sur quatre centimètres et demi environ.

C'est au cours de l'anesthésie locale en vue

de l'examen bronchoscopique que l'on découvre au niveau du voile du palais dans sa partie gauche une tuméfaction indolore presque ignorée du malade. Cette tumeur s'étend depuis le voile jusqu'à la limite du palais osseux.

L'alvéole de la dernière molaire supérieure gauche est comblée par un tissu mou et gélatineux faisant penser à une tumeur à myeloplaxe.

Le malade connaissait cette tuméfaction qu'il attribuait à une extraction dentaire pratiquée en 1935, cette tumeur étant apparue peu de temps après.

Sur une radiographie des sinus, on note une destruction et un comblement du sinus maxillaire gauche.

L'examen bronchoscopique montre une trachée de forme ovoïde par aplatissement latéral. A la partie postérieure de l'éperon, il existe une voussure très nette qui se prolonge sur la face postérieure de la bronche souche droite, et qui se laisse facilement déprimer ; la muqueuse a un aspect sain.

A droite

Juste avant l'origine de la lobaire supérieure droite, sur la paroi externe de la bronche souche, on aperçoit une petite vésicule qui crève lors de la tentative de biopsie. Il est impossible de pénétrer de plus d'un centimètre dans la bronche intermédiaire, son calibre étant rétréci par une compression extrinsèque.

On aperçoit de loin les orifices lobaires moyen et inférieur. La muqueuse est normale.

A gauche

Voussure de la face externe de la bronche souche qui rend difficile le passage du bronchoscope. On peut cependant voir les orifices lobaires supérieur et inférieur qui sont normaux. Partout la muqueuse paraît saine et les sécrétions peu abondantes.

A l'examen du liquide d'aspiration, l'anatomopathologiste trouve des cellules épithéliales suspectes.

La plupart des examens complémentaires s'avèrent normaux.

Formule sanguine.

G R : 4 000 000.

G B : 9 360.

Neutrophiles : 62 %.

Examen de l'expectoration : présence de germes banaux.

Protides sanguins : 80 grammes.

Electrophorèse normale.

Phosphatases acides et alcalines normales.

La cuti et l'intra-dermo réaction sont négatives.

Pas de parasites dans les selles.

La réaction de Casoni est négative ainsi que la réaction à l'antigène distomien.

L'électrocardiogramme ne montrait aucune anomalie, en particulier, pas de signes de coeur pulmonaire chronique.

Les épreuves fonctionnelles et la vitesse de sédimentation , par contre, sont perturbées.

- V.S. : 58 - 70
- Air courant : 0, 360 litre.
- Consommation d'oxygène : 0,258 litre / minute.
- Capacité vitale : 1,500 litre .
- V E M S : 1, 170 litre .
- Rapport de Tiffeneau : 78 %
- V M M : 28,150 litres.

Enfin, le résultat de l'examen anatomo-pathologique de la biopsie montre :

Une tumeur épithéliale à disposition, soit cordonnale au sein d'un tissu conjonctif dense, soit pseudo-acineuse, soit en formation nodulaire présentant l'aspect caractéristique des cylindromes.

D'avril 1960 à septembre 1961, le sujet présente un état général relativement conservé.

La dyspnée s'accroît légèrement alors que la tuméfaction du voile subit peu de modification dans son volume.

Le malade décède à la fin du mois de septembre à la suite d'une hémoptysie foudroyante.

L'autopsie n'a malheureusement pu être effectuée.

DEFINITION

-:-

Les cylindromes sont considérés comme des variétés morphologiques de tumeurs mixtes.

Dérivés de l'endoderme antérieur ce sont des tumeurs glandulaires qui se développent au niveau des voies respiratoires et digestives hautes.

Elles siègent avec prédilection au niveau de la région céphalique.

Longtemps considérées comme des tumeurs bénignes, leur gravité étant liée aux manifestations locales d'extension, de compression ou de récurrence, elles sont depuis les trente dernières années classées comme des tumeurs à potentiel malin capables de donner des métastases.

o

o o

HISTORIQUE

-:-

1845 : HENLE parle de syphonomes.

1856 : BILROTH.

Il donne le nom de cylindrome, nom qui a prévalu.

ROBIN décrit les corps oviformes.

1856 : FREIDRISCH donne aux cylindromes une origine sarcomateuse (sarcome à tuyau).

1864 : TOMASI met en doute la nature sarcomateuse. Il parle de cancer à tuyaux et publie la première observation de cylindre métastatique.

1883 : MALLASEZ établit sa nature épithéliale ; il parle d'épithélioma alvéolé.

1912 : LETULLE émet l'hypothèse d'un dysembryome, thèse de BAUMGARTNER en 1914.

1936 : Y. LEMAITRE.

Dans sa thèse, il présente une étude générale de ces tumeurs qu'il considère comme des épithéliomas pouvant donner exceptionnellement des métastases. Sur les trente observations de cylindromes amassées en dix ans dans les services parisiens, il ne fait cas d'aucune métastase viscérale, mentionnant uniquement les observations que BAUMGARTNER avait publiées dans sa thèse.

1940 : BACLESSE démontre l'existence de métastases viscérales de cylindromes ainsi que leur sensibilité relative à la radiothérapie. Depuis d'autres cas de métastases pulmonaires ont été rapportés.

o
o o

SIEGE

-:-

Le siège des cylindromes est le même que celui

des tumeurs mixtes ; c'est surtout aux dépens des glandes salivaires principales qu'ils se développent :

Parotides , sous-maxillaires, sublinguales, lacrymales,

Mais il existe également des cylindromes des glandes parasalivaires, au niveau du plancher de la bouche, du voile du palais, la voûte palatine, l'épiglotte, le conduit auditif externe.

Il a été également signalé des localisations, bronchiques primitives au niveau du cuir chevelu.

o
o o

LOCALISATION DES CYLINDROMES DU VOILE

-:-

En coupe frontale, la partie postérieure du palais représente une voûte déprimée dont l'affaissement est compensé par la concavité des lames palatines : à leur niveau, existent deux fossettes triangulaires (fossettes de Verga).

Cette lame ostéo-périostée est revêtue sur ses deux faces supérieure et inférieure d'une muqueuse doublée sur sa face profonde d'un tissu plus ou moins dense la sous-muqueuse et l'on distingue des zones fibreuses (raphé médian) des zones graisseuses (para-médiane antérieures) et des zones glandulaires (para-médiane postérieures). C'est au niveau de cette

zone et en partie logée dans la fossette de Verga que se trouvent les amas glandulaires appelés glandes palatines qui se continuent avec la mince couche glandulaire de la face antérieure du voile.

Ces glandes sont mixtes au point de vue anatomique comme au point de vue fonctionnel : ce sont, en effet des glandes tubulo-acineuses séro-muqueuses. C'est aux dépens de ces glandes que se développent les tumeurs glandulaires.

Elles conditionnent leur localisation latérale avec une prédilection à gauche (75 % des cas).

o
o o

ASPECT MACROSCOPIQUE

-:-

Les cylindromes apparaissent comme des tumeurs indolores sphériques assez régulières, fermes mais non dures ; la peau en regard ou la muqueuse selon la localisation, n'est pas ulcérée et reste mobile par rapport à la lésion. La taille varie selon la durée d'évolution et va depuis l'oeuf de pigeon à la taille d'une orange.

o
o o

ASPECT MICROSCOPIQUE

--

Il a été décrit par MALLASSEZ et HIRST pour la première fois. Trois caractères réalisent une véritable triade caractéristique.

- Des amas cellulaires formés de petites cellules régulières basophiles.

- Ces amas peuvent être pleins ou bien présenter des cavités bordées d'une ou plusieurs rangées de cellules, ces cavités renfermant une substance amorphe mucoïde ou hyaline.

Cette substance peut être réticulée par des fibrilles. Ces cavités forment les corps ovi-formes.

Le stroma conjonctif muqueux est extrêmement abondant par rapport aux cordons néoplasiques ; il est coloré très intensément. Il constitue un élément caractéristique. Formé par des prolongements émanés de la capsule fibreuse, plus ou moins épaissi, il est lache auprès des cordons, dense à distance, prenant l'aspect scléreux ou hyalin.

Cet ensemble caractéristique est mis en évidence par la coloration au bleu d'unna mucicarmin, réactif spécifique de la substance muqueuse.

L'aspect cylindromateux peut être pur et intéresser toute la tumeur. Il réalise alors l'aspect typique de la tumeur, ou bien il coexiste sur une même coupe avec l'aspect fibro chondroïde des tumeurs mixtes : lésion assez fréquemment associée. Quand il apparaît

lors d'une récurrence de tumeur mixte opérée, c'est la cylindromatisation de celle-ci.

Certains auteurs se sont posés la question de savoir si l'image histologique permettait de se prononcer sur le pronostic ; en fait, il semble qu'aucun élément ne permet de préjuger de la durée du premier intervalle sans récurrence ni de la fréquence de ces récurrences.

Ces tumeurs ne présentent pas, du point de vue histologique, les atypies cellulaires ni surtout le polymorphisme qui constituent les caractéristiques de la malignité, mais leur richesse en éléments néoplasiques et leur activité considérable d'accroissement différencient ces tumeurs des tumeurs bénignes.

°
° °

CLINIQUE

-:-

La clinique du cylindrome est évidemment conditionnée par sa localisation.

Le début est insidieux ; il est découvert soit :

- fortuitement : c'est le cas le plus fréquent.
- à l'occasion de la recherche d'un néo primitif en cas d'image pulmonaire suspecte.
- à l'examen biopsique d'une récurrence de tumeur mixte.

- plus rarement, à l'occasion de signes fonctionnels.

En effet, les cylindromes sont cliniquement assez superposables aux tumeurs bénignes et leur évolution assez semblable à celle des tumeurs mixtes. Ils s'en distinguent par la fréquence de leur extension : dans les localisations au niveau du voile, celle-ci se fait vers les fosses nasales et le sinus maxillaire.

Cette extension parfois très importante coexistant avec l'absence de douleur, de gêne fonctionnelle est assez évocatrice.

Plus tard, apparaissent : une gêne à la déglutition, des troubles de la phonation en rapport avec une extension endo-nasale de la tumeur.

L'examen montre une tumeur unilatérale développée dans l'épaisseur du voile et siégeant à l'union du palais mou et du palais osseux.

Seule, la biopsie permettra de faire la distinction avec les tumeurs mixtes.

On note l'absence d'adénopathie satellite.

L'évolution a été longtemps résumée en deux mots : extrême lenteur et récidive in situ.

Ce qui constitue la gravité locale de la tumeur, ce sont les prolongements qu'elle envoie à sa périphérie et ceci surtout en cas d'extension orbitaire de celle-ci.

La progression du cylindrome est lente et cette longue évolution coïncidant avec un bon état général, la présence d'une tumeur peu

volumineuse et le siège spécial de ce néoplasme sont les signes cliniques qui peuvent faire émettre l'hypothèse d'un cylindrome.

Cette évolution si longue fait contraste avec l'apparition précoce des récidives de la tumeur après ablation de celle-ci. Ces tumeurs récidivées évoluent beaucoup plus rapidement que la tumeur primitive comme si l'extirpation avait donné un coup de fouet au processus néoplasique.

Abandonné à lui-même, le cylindrome augmente de volume et le malade succombe à la cachexie au milieu de signes de compression locale.

Le cylindrome du voile du palais progressivement dépasse la ligne médiane, atteint le rebord dentaire, de vélique devenant amygdalien nasal envahit le sinus maxillaire, la région faciale puis temporale.

Une évolution particulière avait parfois été notée : c'était l'apparition d'un syndrome pulmonaire au moment de l'issue fatale. On est en droit de penser maintenant que l'on connaît la possibilité de métastases que celles-ci sont la cause des manifestations pulmonaires.

	nombre de cylindromes	nombre de métastases pulmonaires	localisation du cylindrome
BAUMGARTNER	83	5 Tomasi Foerster Soulas Nussbaum Brunch- -wing	sous-max. max. sup. épiglotte mastoïde sublinguale
Y. LEMAITRE	36	0	
Fondation Curie			
LOGEAIS		3	3 sous-maxil- laire
BACLESSE		3	palato-max. parotide glande lacry- male
DECHAUME		I	sous-max.
ANTUONO		3	2 sous-max. I voûte pa- latine
DANCOT	19	4	mastoïde sous-max. max. sup. parotide
PIETRANTONI	22	I	amygdalien
Publications isolées		4	glande la- crymale 2 sous-max. I voile du palais

Ce sont ces observations que nous avons réunies.

Il a été mentionné d'autres cas : ainsi à la Fondation Curie 15 cylindromes dont 7 avec métastases

QUATTLEBAUM signale 41 cylindromes avec 8 métastases, WAURO MAC ADAM 10 cylindromes ayant donné deux métastases pulmonaires.

o
o o

LES METASTASES PULMONAIRES

-:-

En effet, il est maintenant reconnu que les cylindromes n'ont pas uniquement une malignité locale, mais également une malignité générale, puisqu'ils sont susceptibles de donner des métastases. La dissémination se fait très peu par voie lymphatique, car les ganglions sont rarement atteints. On le signale, toutefois, dans certaines observations.

La propagation se fait essentiellement par voie sanguine et les noyaux métastatiques siègent essentiellement dans les poumons qui constituent leur localisation élective.

Parfois, les os sont atteints (humérus, ceinture pelvienne, crâne, clavicule).

Métastases pulmonaires et métastases osseuses peuvent être associées. Exceptionnellement, il existe des noyaux au niveau des reins, des

ovaires, du péritoine, du foie.

Ainsi, cette évolution est différente de celle des tumeurs mixtes et pour certains auteurs aucune tumeur mixte histologiquement caractérisée n'a donné de métastases vraies, envisageant dans ces cas la possibilité de cylindrome ou d'epithelioma.

Nous avons relevé dans la littérature vingt quatre observations de métastases pulmonaires de cylindromes de localisation variable (tableau).

Nous constatons la plus grande fréquence des disséminations à partir de localisation sous - maxillaire.

o
o o

APPARITION DES METASTASES

-:-

Elles apparaissent tardivement, alors que la tuméfaction existe depuis plusieurs années, deux ans minimum, vingt cinq ans maximum, avec en moyenne huit ans (moyenne sur vingt cas).

Ce fait joint à leur silence clinique explique la raison pour laquelle les métastases pulmonaires sont demeurées longtemps méconnues et considérées comme exceptionnelles ; ceci paraît dû à ce que, en règle, les malades ne sont pas suivis suffisamment longtemps et à ce qu'on ne rechercherait pas systématiquement les métastases des cylindromes.

D'ailleurs, à partir du moment où la recherche de la dissémination fut effectuée par des radiographies pulmonaires systématiques, il apparaît qu'elle est observée beaucoup plus précocement et plus fréquemment.

Ainsi, dans un travail de DANCOT portant sur dix neuf cylindromes, on constate cinq métastases pulmonaires. Dans les quatorze premiers cas, il ne les recherche pas systématiquement et n'en découvre que trois; dans les cinq derniers cas, il les recherche de parti pris et en découvre deux.

o
o o

MODE DE DÉCOUVERTE

-:-

Elles ont d'abord été une découverte de nécropsie.

Très rarement, ce sont des signes respiratoires qui ont attiré l'attention.

Très souvent, c'est une découverte d'examen systématique chez un malade porteur d'un cylindre.

Enfin, ce peut être le diagnostic d'une image pulmonaire anormale chez un sujet apparemment sain.

Avant de donner des métastases les cylindromes que nous avons étudiés ont très souvent

été l'objet d'exérèse ; dans les vingt premiers cas de notre tableau, on note trente récurrences, trois seulement n'avaient pas donné de récurrences après l'intervention.

On peut se demander si ces récurrences n'interviennent pas dans l'apparition de la généralisation. Nous ne possédons pas suffisamment de cas cylindromes n'ayant pas fait l'objet d'un traitement chirurgical pour conclure.

Mais le délai d'apparition de la généralisation ne semble pas modifié par le mode de traitement ni par le nombre de récurrences.

o
o o

SEMILOGIE

-:-

Les métastases pulmonaires des cylindromes sont caractérisées par le silence avec lequel elles évoluent. Ce n'est que vers la fin de leur évolution que l'on retrouve la symptomatologie des cancers secondaires du poumon, d'ailleurs peu différente de celle des cancers primitifs.

Les signes respiratoires sont d'ailleurs peu intenses, voire nuls dans ces formes où le plus souvent les nodules denses bien limités sont séparés par des intervalles de poumon radiologiquement sain.

Nous constatons que la dyspnée est le signe

le plus habituel. Les signes bronchiques, expectoration, hémoptysie sont très tardifs.

Aucune douleur n'attire l'attention à la différence des métastases osseuses.

Les signes généraux se réduisent à une asthénie et une perte de poids. Ces signes n'apparaissent d'ailleurs que lorsque les images pulmonaires sont très importantes.

A l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire, palpation, percussion, auscultation sont normales.

Les examens complémentaires, formule sanguine, examen de l'expectoration, sont négatifs.

La bronchoscopie montre des aspects de compression extrinsèque.

Les épreuves ventilatoires mettent en évidence une réduction plus ou moins importante de la capacité vitale.

En fait, seuls les examens radiographiques et tomographiques mettent en évidence les métastases.

o
o o

ASPECTS RADIOLOGIQUES

-:-

On note l'apparition au sein du parenchyme

pulmonaire, d'un seul côté ou des deux côtés à la fois d'un ou de plusieurs noyaux bien limités de un ou deux centimètres de diamètre : ceux-ci se multiplient et grandissent très lentement pour finir par envahir toute l'étendue des deux champs.

Parfois, la métastase uni-nodulaire reste longtemps solitaire et ce n'est que vers la fin que se fait la généralisation pulmonaire.

Ailleurs, les nodules se multiplient et sans modifier leur taille truffent entièrement les poumons.

En règle, l'évolution se fait vers l'image de foyer rond kystique homogène dense ; leur bord peut être irrégulier.

Cette image peut être unique ou multiple, c'est l'éventualité la plus fréquente, elle réalise alors l'image pulmonaire en lacher de ballon.

Il a été signalé des nécroses intra-kystiques.

Au dernier stade, les images forment des nappes de plusieurs centimètres de diamètre. A noter que, lorsque les tumeurs apparaissent au niveau des scissures, elles ont une limite très nette.

Dans certaines observations, on note l'atteinte concomitante de la plèvre avec production d'un épanchement.

Les formes médiastinales sont rares et ne dominant pas le tableau radiologique.

Il existe également des formes micro-nodulaires et des formes complexes.

EVOLUTION

-:-

Elle est conditionnée par l'augmentation progressive et la multiplication des métastases qui retentissent sur la ventilation du malade ; celui-ci présente de la dyspnée, se cachectise. Des hémoptysies sont observées à cette période terminale.

Cette évolution s'étale sur une période allant de six mois à six ans avec deux ans en moyenne. Mais ce n'est que dans les derniers mois qu'apparaissent les signes de mauvaise tolérance.

Même vu à un stade tardif, on est frappé par l'importance de l'envahissement coïncidant avec un état général relativement conservé.

o
o o

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

-:-

- Dans la grande majorité des cas, le cylindrome est connu ; les images pulmonaires sont alors facilement rapportées à cette tumeur.

Il faut éliminer la possibilité d'un deuxième néoplasme ayant donné lieu à une généralisation.

L'étude des foyers habituels d'essaimage ainsi que la torpidité de l'évolution élimine cette éventualité.

Nous avons vu que dans aucun cas, l'examen anatomo-pathologique du cylindre ne permettait de faire un diagnostic d'évolutivité.

Un certain nombre d'épisodes terminaux étiquetés épisodes pulmonaires aigus sont chez ces malades dus aux métastases.

- Exceptionnellement, le cylindre est passé inaperçu.

Un certain nombre d'affections sont à éliminer.

La constatation d'une image poly-kystique rend probable le diagnostic de cancer secondaire du poumon. Il n'existe pas de corrélation anatomo-radio-clinique de la tumeur, nous serons, toutefois, orientés vers certains néoplasmes du fait de leur plus grande fréquence à donner un type spécial d'image.

Une image isolée : un chorio-épithélium .
un cancer du col de l'utérus.

Une image polykystique :
les cancers de la sphère
génito-urinaire : séminomes.
les cancers thyroïdiens.
les sarcomes osseux.
et également à envisager
les cancers des glandes
salivaires.

Mais d'autres étiologies non cancéreuses sont à éliminer.

Parmi les images polykystiques :

- kystes hydatiques multiples.
- tuberculomes multiples(surtout à bacilles bovins).
- formes pseudo-cancéreuses de la maladie de Hodgkin.
- formes pulmonaires densifiantes de la sarcoïdose.

Les images monokystiques :

Elles posent le diagnostic des foyers ronds intra pulmonaires.

kyste hydatique, tuberculome, caverne pleine.

Les images nodulaires pures:

Bien que cet aspect soit assez évocateur de cancer métastatique, la confusion est possible avec d'autres affections.

Silicose. Poumon cardiaque. B B S . La tuberculose surtout.

Tous ces diagnostics sont éliminés :

- par la clinique,
- par les diverses explorations radiologiques
clichés sous diverses incidences
tomographies et bronchographies
- par les explorations biologiques.

En principe, la biopsie de la tumeur pulmonaire permettrait de trouver le point de départ.

La structure histologique de la tumeur secondaire rappelle essentiellement la structure cellulaire d'origine.

Mais, ici plus qu'ailleurs, les difficultés d'identification, l'apparition tardive de la métastase, son siège parfois isolé, la métaplasie malpighienne bronchique au contact de la tumeur peuvent faire évoquer l'hypothèse d'un deuxième cancer distinct.

La mise en évidence du cylindrome après biopsie confirme le diagnostic.

La tumeur est en général facilement découverte après l'exploration de tous les sièges possibles des cylindromes, essentiellement la région céphalique.

o
o o

CONSIDERATIONS A PROPOS DE NOTRE OBSERVATION

-:-

Nous avons pu constater avec quel silence clinique et avec quelle lenteur a évolué le cylindrome du voile du palais.

Pendant plus de vingt cinq ans, le malade ne s'est pas inquiété de sa tuméfaction du voile.

En 1955, lors de la première expertise, elle n'a pas été mentionnée. En 1960, ce fut une découverte fortuite au cours de l'examen bronchoscopique. Il n'existait aucune gêne, aucune douleur, aucun trouble de la déglutition, ni

de la phonation, contrastant avec l'existence d'une tumeur qui avait déjà envahi le sinus maxillaire et atteint le rebord alvéolaire.

L'absence d'intervention sur le cylindrome qui a parfaitement été toléré ne nous a pas permis d'assister au deuxième caractère particulier de cette tumeur : la récidive in situ.

Les métastases pulmonaires ont été découvertes dix sept ans après l'apparition du cylindrome. Elles étaient suffisamment importantes pour que nous puissions penser qu'elles existaient depuis quelques années déjà.

Les images sont restées, pendant la plus grande partie de leur évolution, bien individualisées augmentant progressivement de volume pour donner des foyers ronds volumineux sans nécrose centrale.

Les épreuves respiratoires ont montré qu'il restait suffisamment de parenchyme sain, pour que le malade ne soit gêné que lors des efforts.

La durée d'évolution des métastases a été de neuf ans minimum. Durant les huit premières années, le malade a gardé un bon état général et ne s'est plaint d'aucun signe respiratoire majeur. L'existence de cette dissémination a considérablement réduit la durée de survie de notre malade.

Cette observation nous a posé le problème si fréquent de l'origine d'une image en lacher de ballon. L'examen général du malade n'avait pas apporté d'éléments positifs ; aussi, nous insistons sur l'origine rare mais possible de cancer des glandes salivaires principales et accessoires.

Parmi toutes les observations que nous avons recueillies nous n'avons trouvé qu'un seul cas de métastases pulmonaires d'un cylindrome du voile (observation de PERI). Nous pensons que notre observation a de ce fait un caractère assez exceptionnel. Nous avons recherché quelle pouvait être la fréquence des cylindromes du voile.

Les tumeurs salivaires représentent 0,4 pour cent de toutes les tumeurs. 1,25 à 3, 5 pour cent des tumeurs salivaires se localisent au niveau du voile, selon du PLESSIS et HOWARD ROYSTER et HORN.

Au niveau du voile du palais essentiellement deux types de tumeurs : les épithéliomas épidermiques et les tumeurs glandulaires.

ENNUYER, sur cent neuf tumeurs du voile traitées, note quatre vingt quatorze épithéliomas épidermiques , et quinze tumeurs glandulaires, (tumeurs mixtes cylindromes et adéno-carcinomes).

Parmi les tumeurs glandulaires, il existe une proportion élevée de tumeurs mixtes puisque toutes les statistiques s'accordent sur le chiffre de cinquante pour cent (REDON MAXWELL COOPER MOYSE DELARUE).

Sur quinze tumeurs glandulaires, ENNUYER note trois adéno-carcinomes.

Dans la littérature mondiale, il relève quarante six cylindromes du voile du palais et cent quatre vingt tumeurs mixtes de même localisation, soit la proportion de un pour quatre.

Il s'agit donc du siège de prédilection des cylindromes puisque dans toutes les statistiques portant sur la parotide la proportion de cylindromes par rapport aux tumeurs salivaires de cette même glande est de sept p. cent.

CONCLUSIONS

-:-

Les métastases pulmonaires des cylindromes ne sont plus exceptionnelles surtout pour certaines localisations : sous-maxillaires, parotidiennes.

Elles apparaissent tardivement. Seul, l'examen radiologique systématique les dépiste.

Elles réalisent au niveau des poumons des images nodulaires augmentant de volume très progressivement, et qui finissent par former de larges nappes tumorales.

La dyspnée est le signe le plus fréquent en rapport avec la réduction importante du parenchyme sain.

L'état général du malade est longtemps conservé ; cachexie et hémoptysies ne sont notées qu'au stade terminal.

Nous avons assisté à ce tableau chez un sujet porteur d'un cylindre du voile du palais ; il semble que ce soit là un point de départ inhabituel des métastases pulmonaires.

Le malade a été vu une première fois en 1952. Il présente alors une image en lacher de ballon au niveau de ses deux champs pulmonaires.

L'examen complet du malade effectué à diverses reprises en 1952, 1953, 1955 et 1960, n'a pas permis de découvrir l'origine de ces métastases.

C'est seulement en avril 1960, lors de l'anesthésie locale en vue de l'examen bronchoscopique, que l'on découvre une tuméfaction du voile du palais ; l'examen histologique de la tumeur met en évidence un aspect typique de cylindrome. Cette tuméfaction était connue du malade : il l'attribuait à une extraction dentaire.

Les images pulmonaires ont évolué neuf ans avec un minimum de signes généraux et de signes fonctionnels.

Une hémoptysie foudroyante entraîna le décès du malade, vingt cinq ans après l'apparition du cylindrome.

L'autopsie n'a malheureusement pas été effectuée, mais tout porte à croire qu'il s'agissait de métastases du cylindrome .

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
signé : ETIENNE BERNARD	signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
Signé : J.H.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

G. ANTUONO

Pronostic histologique des tumeurs des
glandes salivaires
Bul. Ass. Fr. pour l'étude du cancer
1949 N° I 40

BACLESSE

Les métastases et la radiosensibilité
des cylindromes et des tumeurs mixtes
des glandes salivaires
Revue de Stomatologie - 1946

Communication à la Société de Stomato-
logie
20 - X - 1946

Radiosensibilité et métastases observées
au cours des cylindromes et des tumeurs
mixtes des glandes salivaires
Bulletin Ass. Fr. pour l'étude du can-
cer. 1940 - 41

BAUMGARTNER

Les cylindromes
1913-1914 (Thèse). PARIS

BATAILLE

Un cylindre
Revue de Stomatologie. 1953

BARRAGUE

A propos d'une observation de cylindre

métastatique du foie
Paris 1949 (Thèse)

BRUNA ROSSO J.Y.

Les cylindromes des glandes salivaires
Leur malignité. Etude clinique à propos
d'une observation.
Bordeaux 1958

Professeurs L.CORNEL B. CASANOVA et J. SPITALLE

Observation de cancer du poumon développée sur le trajet d'un corps étranger transfixiant
Bull. Ass. Fr. Etude du cancer 1949 -
1950

H. DANCOT

Les cylindromes des glandes salivaires
Etude de 19 cas
Bull. Ass. Fr. Etude du cancer 1953

DARGENT

Le cancer du plancher de la bouche
1959

A propos des tumeurs mixtes de la
parotide
1949

DECHAUME

Précis de Stomatologie
1959 Masson

Quelques observations de tumeurs mixtes
de la cavité buccale
Revue de Stomatologie 1946-1947

DUBECQ

Tumeurs du voile
Revue de stomatologie 1946

G. DUMON et collaborateurs

Les cancers secondaires du poumon et de
la plèvre. Formes radio-cliniques
J. Fr. Méd. Ch. Th. 1956

GIGNOUX

Les cylindromes du voile du palais
1960 Encyclopédie Médico - Chir. d'ORL.

GRICOUROFF

Le problème de la malignité des tumeurs
mixtes
Presse Médicale 1943

Interprétation et classification des
tumeurs des glandes salivaires
Semaine des Hôpitaux 30 septembre 1952
N° 72

HERTIG. P.

Histologie et pronostic des cylindromes
Oncologia BALE Annales d'oto-laryngo-
logie

HUGUENIN et J.M. LEMOINE

Les difficultés de classer certaines
tumeurs bronchiques
1955

LACOSTE G. et collaborateurs

A propos du diagnostic étiologique d'une
image pulmonaire en lacher de ballon
Journal méd. Bordeaux 1956 133 N° 400-
401

P. LAVAL et collaborateurs

Les cancers secondaires du poumon et de
la plèvre. Considérations anatomo- patho-
logiques
Journal Médical Français Ch. Thoracique
1956 10 N° 6 606

F. LEMAITRE ARDOIN G. LEMAITRE Y.

Introduction à l'étude des tumeurs
dites cylindromateuses

Acta oto-laryngo 24 N° I II2

Y. LEMAITRE

Les cylindromes

Thèse Paris 1936

J. LEVE

Métastases et radio-sensibilité des
cylindromes

Thèse

LOGEAIS

Technique de l'évidement sous-maxillai-
re

1940

MATTEI Ch. P. LAVAL et collaborateurs

Les cancers secondaires du poumon et de
la plèvre

J. Méd. fr. chirurgie thoracique

1956 IO N° 6 638-653

MOYSE P.

A propos de soixante douze cas de
tumeurs parotidiennes traitées par la
chirurgie

1949 Bull. Ass. Fr. Etude du cancer

PERI

Cylindrome du plancher de la bouche

Revue de Stomatologie 1946

PERRET Ch.

Diagnostic clinique et pronostic et
traitement des tumeurs bénignes et ma-
lignes

1958

REDON

Les tumeurs de la parotide

Bull. Ass. Etude du Cancer 1949.

